



Health  
Canada

Santé  
Canada

CAI  
HW  
-2005  
C13



# CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM



3 1761 11556211 8





Our mission is to help the people of Canada  
maintain and improve their health.

*Health Canada*

Published by authority of the Minister of Health.

Également disponible en français sous le titre :  
*Le système des soins de santé du Canada*

This publication can be made available on request  
on diskette, large print, audio-cassette and braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005

HC Pub.: 5912  
Cat.: H21-261/2005  
ISBN: 0-662-69446-5



# Table of Contents

HOW HEALTH CARE SERVICES ARE DELIVERED .....	1
What Happens First (Primary Health Care Services) .....	2
What Happens Next (Secondary Services) .....	3
Additional (Supplementary) Services .....	4
Trends/Changes in Health Care .....	4
THE ROLE OF GOVERNMENT.....	5
The Federal Government .....	6
The Provincial and Territorial Governments .....	7
HEALTH EXPENDITURES .....	8
THE HEALTH STATUS OF CANADIANS .....	9
BACKGROUND .....	10
The Political, Economic and Social Framework .....	10
Evolution of Our Health Care System .....	10
WHAT HAS BEEN SAID ABOUT OUR SYSTEM .....	12
TIMELINE .....	I
BIBLIOGRAPHY.....	VII
ON-LINE RESOURCES .....	IX



## INTRODUCTION

Canada's publicly funded health care system is dynamic — reforms have been made over the past four decades and will continue in response to changes within medicine and throughout society. The basics, however, remain the same — universal coverage for medically necessary health care services provided on the basis of need, rather than the ability to pay.

## HOW HEALTH CARE SERVICES ARE DELIVERED

Canada's publicly funded health care system is best described as an interlocking set of ten provincial and three territorial health insurance plans. Known to Canadians as "medicare," the system provides access to universal, comprehensive coverage for medically necessary hospital and physician services. These services are administered and delivered by the provincial and territorial (i.e., state or regional) governments, and are provided free of charge. The provincial and territorial governments fund health care services with assistance from the federal (i.e., national) government.

In order to receive their full allocation of federal funding for health care, the provincial and territorial health insurance plans must meet five criteria — comprehensiveness, universality, portability, accessibility and public administration — that are provided in the federal government's *Canada Health Act*. In addition to setting and administering the *Canada Health Act* and providing funding, the federal government provides direct delivery of health care services to specific groups

(e.g., First Nations people living on reserves; Inuit; serving members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police; eligible veterans). Many other organizations and groups, including health professional associations and accreditation, education, research and voluntary organizations, contribute to health care in Canada.

The responsibility for Aboriginal (First Nations people and Inuit) health services is shared by the federal, provincial and territorial governments, and Aboriginal organizations. The responsibility for public health is also shared. The federal Public Health Agency of Canada acts as a focal point for disease prevention and control, and for emergency response to infectious diseases; however public health services are generally delivered at the provincial/territorial and local levels.



Ask a Canadian for a defining characteristic unique to Canada and invariably, even with [its] broad regional diversity, mention will be made of the country's publicly funded, universally accessible health care system. Medicare is often defined as a core value of our society.

---

Klatt, Understanding, 2000, p. 2





## What Happens First (Primary Health Care Services)

When Canadians need health care, they generally contact a primary health care professional, who could be a family doctor, nurse, nurse practitioner, physiotherapist, pharmacist, etc., often working in a team of health care professionals. Services provided at the first point of contact with the health care system are known as primary health care services and they form the foundation of the health care system.

In general, primary health care serves a dual function. First, it provides direct provision of first-contact health care services. Second, it coordinates patients' health care services to ensure continuity of care and ease of movement across the health care system when more specialized services are needed (e.g., from specialists or in hospitals).

Primary health care services often include prevention and treatment of common diseases and injuries; basic emergency services; referrals to and coordination with other levels of care, such as hospital and specialist care; primary mental health care; palliative and end-of-life care; health promotion; healthy child development; primary maternity care; and rehabilitation services.

Doctors in private practice are generally paid through fee-for-service schedules negotiated between each provincial and territorial government and the medical associations in their respective jurisdictions. Those in other practice settings, such as clinics, community health centres and group practices, are more likely to be paid through an alternative payment scheme, such as salaries or a blended payment (e.g., fee-for-services plus incentives). Nurses and other health professionals are generally paid salaries that are negotiated between their unions and their employers.

When necessary, patients are referred to specialist services (medical specialist, allied health services, hospital admissions, diagnostic tests, prescription drug therapy, etc.).

## Health Human Resources

Approximately 1.6 million people work in health care and social services in Canada, and include a mix of professionals in addition to nurses and physicians. The health industry is the 3<sup>rd</sup> largest employer after manufacturing and the retail trade.\*

Health care providers may be regulated through their professional colleges or other bodies, or non-regulated; unionized or non-unionized; employed, self-employed or volunteer.

---

\* This industry-based statistic includes all employees of the health sector, including health support staff, such as clerical or cleaning staff, and not just health professionals. The data used come from Statistics Canada's *Survey of Employment, Payroll and Hours*, which excludes self-employed health industry workers (those who own and operate their own practice).

The health industry can be defined in several ways using the North American Industrial Classification System; however, no matter which definition is used, the health industry remains the third largest employer in Canada, behind manufacturing and retail trade. Data from Statistics Canada's *Labour Force Survey*, which does include self-employed people, supports this finding.



## What Happens Next (Secondary Services)

A patient may be referred for specialized care at a hospital, at a long-term care facility or in the community. The majority of Canadian hospitals are operated by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. Hospitals are paid through annual, global budgets negotiated with the provincial and territorial ministries of health, or with a regional health authority or board.

Alternatively, health care services may be provided in the home or community (generally short-term care) and in institutions (mostly long-term and chronic care). For the most part, these services are not covered by the *Canada Health Act*; however, all the provinces and territories provide and pay for certain home care services. Regulation of these programs varies, as does the range of services. Referrals can be made by doctors, hospitals, community agencies, families and potential residents. Needs are assessed and services are coordinated to provide continuity of care and comprehensive care. Care is provided by a range of formal, informal (often family) and volunteer caregivers.

Short-term care, usually specialized nursing care, homemaker services and adult day care, is provided to people who are partially or totally incapacitated. For the most part, health care services provided in long-term institutions are paid for by the provincial and territorial governments, while room and board are paid for by the individual; in some cases these payments are subsidized by the provincial and territorial governments. The federal department of Veterans Affairs Canada provides home care services to certain veterans when such services are not available through their province or territory. As well, the federal government provides home care services to First Nations people living on reserves and to Inuit in certain communities.

Palliative care is delivered in a variety of settings, such as hospitals or long-term care facilities, hospices, in the community and at home. Palliative care for those nearing death includes medical and emotional support, pain and symptom management, help with community services and programs, and bereavement counselling.

Most doctors work in independent or group practices, and are not employed by the government. Some work in community health centres, hospital-based group practices, primary health care teams or are affiliated with hospital out-patient departments.

Nurses are primarily employed in acute care institutions (hospitals); however, they also provide community health care, including home care and public health services.

Most dentists work in independent practices; in general, their services are not covered under the publicly funded health care system, except where in-hospital dental surgery is required.

Other health professionals include: optometrists; laboratory and medical technicians; therapists; speech language pathologists and audiologists; psychologists; pharmacists; public health inspectors, etc.





## Additional (Supplementary) Services

The provinces and territories provide coverage to certain people (e.g., seniors, children and social assistance recipients) for health services that are not generally covered under the publicly funded health care system. These supplementary health benefits often include prescription drugs, dental care, vision care, medical equipment and appliances (prostheses, wheelchairs, etc.), independent living and the services of other health professionals, such as podiatrists and chiropractors. The level of coverage varies across the country.

Those who do not qualify for supplementary benefits under government plans pay for these services with individual, out-of-pocket payments or through private health insurance plans. Many Canadians, either through their employers or on their own, are covered by private health insurance and the level of service provided varies according to the plan purchased.

## Trends/Changes in Health Care

The Canadian health care system has come under stress in recent years, due to a number of factors, including changes in the way services are delivered, fiscal constraints, the aging of the baby boom generation and the high cost of new technology. These factors are expected to continue in the future.

Since publicly funded health care began in Canada, health care services and the way they are delivered have changed from a reliance on hospitals and doctors to alternative care in clinics, primary health care centres, community health centres and home care; treatment using medical equipment and drugs; and public health interventions.

The number of acute-care hospitals and acute-care hospital beds decreased from 1995 to 2000. Medical advances have led to more procedures being done on an out-patient basis, and to a rise in the number of day surgeries. During this time, the number of nights Canadians spent in acute-care hospitals fell by 10%. Post-acute or hospital alternative services provided in the home and community have grown, with reforms such as

When we first started debating Medicare 40 years ago, "medically necessary" health care could be summed up in two words: hospitals and doctors. Today, hospital and physician services account for less than half of the total cost of the system. ... In short, the practice of health care has evolved.

---

Canada. Commission, Shape the Future, 2002, p. 2

hospital consolidation, less time spent in hospitals, growth in day surgery, etc.

Other reforms have focused on primary health care delivery, including setting up more community primary health care centres that provide services around-the-clock; creating primary health care teams; placing greater emphasis on promoting health, preventing illness and injury, and managing chronic diseases; increasing coordination and integration of comprehensive health services; and improving the work environments of primary health care providers.





Coordinated primary health care teams include family doctors, nurses, nurse practitioners and other health professionals, and provide a broad range of primary health care services. These team members can vary according to the needs of the community they serve, and provincial and territorial priorities. This team approach, along with the introduction of medical telephone call centres (telehealth), reduces the use of emergency units by providing advice and after-hours access to primary health care services.

Most provinces and territories have tried to control costs and improve delivery by decentralizing decision making on health care delivery to the regional or local board level. Such regional authorities are managed by elected and/or appointed members who oversee hospitals, nursing homes, home care and public health services in their area.

## THE ROLE OF GOVERNMENT

The organization of Canada's health care system is largely determined by the Canadian Constitution, in which roles and responsibilities are divided

between the federal, and provincial and territorial governments. The provincial and territorial governments have most of the responsibility for delivering health and other social services. The federal government is also responsible for some direct delivery of services for certain groups of people.

Publicly funded health care is financed with general revenue raised through federal, provincial and territorial taxation, such as personal and corporate taxes, sales taxes, payroll levies and other revenue. Three provinces, British Columbia, Alberta and Ontario, charge health care premiums, but non-payment of a premium does not limit access to medically necessary services.

The competitive advantage that publicly financed health care provides to Canadian business is significant. Public financing spreads the cost of providing health services equitably across the country. In addition, financing health insurance through the taxation system is cost-efficient because it does not require a separate collection process.

There is more to health than the health care system. The responsibility for public health, which includes sanitation,

infectious diseases and related education, is shared between the three levels of government: federal, provincial/territorial and local or municipal; however, as noted above, these services are generally delivered at the provincial/territorial and local levels.

Undoubtedly, the most important conclusion of the [1965 Royal] Commission was that the objectives of the Canadian people could best be achieved through a universal program administered by public authority with twelve provincial or territorial health insurance funds subsidized from federal general revenues rather than by means-testing and subsidizing several millions of individual Canadians and family heads to enable them to pay voluntary plan or commercial insurance premiums.

---

Canada. Health, Canada's  
National-Provincial, 1980, p. 5





## The Federal Government

The federal government's role in health includes setting and administering national principles for the system under the *Canada Health Act*; financial support to the provinces and territories; and several other functions, including the direct delivery of primary and supplementary services to certain groups of people; public health programs to prevent disease, and to promote health and educate the public on health implications of the choices they make; health protection (food safety and nutrition, and regulation of pharmaceuticals, medical devices, consumer products and pest management products); and funding for health research and health information activities.

The *Canada Health Act* establishes the principles and criteria for health insurance plans that the provinces and territories must meet in order to receive full federal cash transfers in support of health. The *Canada Health Act* lists five basic principles, which state that health care plans must be: available to all eligible residents of Canada; comprehensive in coverage; accessible without financial and other barriers; portable within the

country and during travel abroad; and publicly administered.

The federal government provides cash and tax transfers to the provinces and territories in support of health through the Canada Health Transfer. To support the costs of publicly funded services, including health care, the federal government also provides equalization payments to less prosperous provinces and territorial financing to the territories.

Approximately 1 million people in certain groups receive primary and supplementary health care services directly from the federal government. These groups include: First Nations people living on reserves; Inuit; serving members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police; eligible veterans; inmates in federal penitentiaries; and refugee protection claimants.

Direct delivery of services to First Nations people and Inuit includes primary care and emergency services on remote and isolated reserves where no provincial or territorial services are readily available; community-based health programs both on reserves and in Inuit communities; and a non-insured health

## The five *Canada Health Act* principles provide for:

### Public Administration:

The provincial and territorial plans must be administered and operated on a non profit basis by a public authority accountable to the provincial or territorial government.

### Comprehensiveness:

The provincial and territorial plans must insure all medically necessary services provided by hospitals, medical practitioners and dentists working within a hospital setting.

### Universality:

The provincial and territorial plans must entitle all insured persons to health insurance coverage on uniform terms and conditions.


### Accessibility:

The provincial and territorial plans must provide all insured persons reasonable access to medically necessary hospital and physician services without financial or other barriers.

### Portability:

The provincial and territorial plans must cover all insured persons when they move to another province or territory within Canada and when they travel abroad. The provinces and territories have some limits on coverage for services provided outside Canada, and may require prior approval for non-emergency services delivered outside their jurisdiction.





benefits program (drug, dental and ancillary health services) for First Nations people and Inuit no matter where they live in Canada. In general, these services are provided by community health nurses, and at nursing stations; health centres; in-patient treatment centres; hospitals; and on-reserve head-start projects for Aboriginal children. Increasingly, both levels of government are working together to integrate the delivery of these services with the provincial and territorial systems.

The federal government is also responsible for health protection and regulation (e.g., regulation of pharmaceuticals, food and medical devices), consumer safety, and disease surveillance and prevention, and provides support for health promotion and health research. There are also federal health-related tax measures, including tax credits for medical expenses, disability, caregivers and infirm dependents; tax rebates to public institutions for health services; and deductions for private health insurance premiums for the self-employed.

## The Provincial and Territorial Governments

The provinces and territories administer and deliver most of Canada's health care services, with all provincial and territorial health insurance plans expected to meet national principles set out under the *Canada Health Act*. Each provincial and territorial health insurance plan covers medically necessary hospital and doctors' services that are provided free of charge, without deductible amounts, co-payments or dollar limits. The provincial and territorial governments fund these services with assistance from federal cash and tax transfers.

The role of the provincial and territorial governments in health care includes administering their health insurance plans; planning, paying for and evaluating hospital care, physician care, allied health care, prescription drug care in hospitals and public health; and negotiating fee schedules for health professionals. Most provincial and territorial governments offer and fund supplementary benefits for

certain groups (e.g., low-income residents and seniors) such as drugs prescribed outside hospitals, ambulance costs, and hearing, vision and dental care, that are not covered under the *Canada Health Act*.

Although the provinces and territories provide these additional benefits for certain groups of people, supplementary health services are largely privately financed. Individuals and families who do not qualify for this publicly funded coverage may pay these costs directly (out-of-pocket), be covered under an employment-based group insurance plan or buy private insurance. Under most provincial and territorial laws, private insurers are restricted from offering coverage that duplicates that of the publicly funded plans, but they can compete in the supplementary coverage market.

As well, each province and territory has an arm's-length workers' compensation agency, funded by employers, which provides services to workers who are injured on the job.





## HEALTH EXPENDITURES

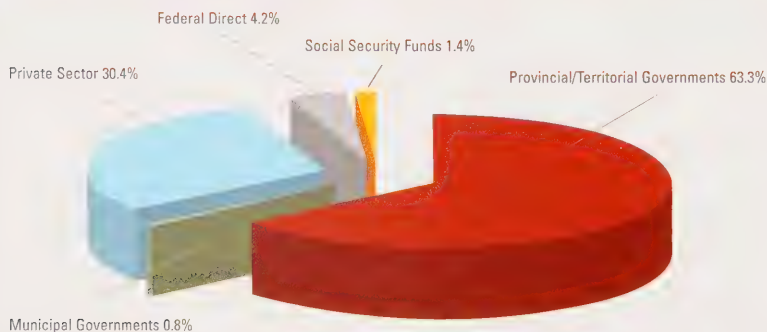
Within the publicly funded health care system, health expenditures vary across the provinces and territories. This is, in part, due to differences in the services that each province and territory specifies to be medically necessary and on demographic factors, such as a population's age. Other factors, such as areas where there are small and/or scattered populations, may also have an impact on health care costs.

In 1975, total Canadian health care costs consumed 7% of the Gross Domestic Product (GDP). Canada's total health care expenditures as a percentage of GDP grew to an estimated 10.4% in 2005 (or \$4411 CDN per person)<sup>1</sup>. According to the Canadian Institute for Health Information, in 2005, on average, public health expenditures accounted for seven out of every 10 dollars spent on health care. The remaining three out of every 10 dollars came from private sources and covered the costs of supplementary services such as drugs, dental care and vision care.<sup>2</sup>

How health care dollars are spent has changed significantly over the last three decades. On average, the share of total health expenditures paid to hospitals and physicians declined, while spending on prescription drugs has greatly increased. Still, expenditures for hospitals and physicians take 43% of the amount that is directed to health care.<sup>3</sup>

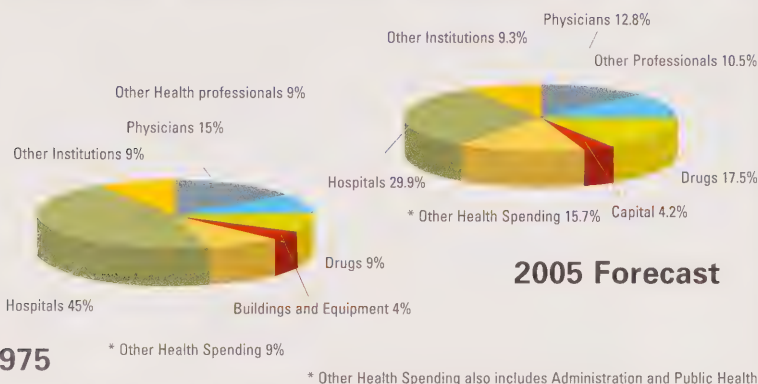
In 1975, a much larger share went to hospitals (45%) than in 2005 (30%). Payments to physicians in 1975 (15%) accounted for the second largest share of expenditures; this declined to the third largest area of spending (13%) by 2005.<sup>4</sup> In contrast, drug therapies, particularly those prescribed by physicians, accounted for 9% of total health expenditure in 1975. This had nearly doubled by 2005, and at almost 18% had become the second largest share of total health expenditure.<sup>5</sup>

### 69.6% OF TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES ARE PAID FOR PUBLICLY HEALTH EXPENDITURES BY SECTOR FUNDING, 2005 FORECAST



Source: Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends 1975-2005*

## DIVIDING THE HEALTH CARE DOLLAR



Source: Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends 1975-2005*

## THE HEALTH STATUS OF CANADIANS

Many factors affect a person's health. Throughout the world, economic status has a strong impact on illness, disability and mortality. Where a person lives, either in urban or rural areas, affects service delivery and costs. Age is also a factor— young people and the elderly have distinct health concerns. Gender must also be considered because women tend to live longer than men but suffer more from chronic poor health. Jobs and the workplace play their part through exposure to hazards that can affect health such as chemicals, noise, radiation, infectious agents and psychosocial stress.

Canadians have a very favourable health status. Canada's high ranking on the United Nations Human Development Index is due, in large measure, to Canada's health care system.<sup>6</sup> The length of time a person could be expected to live (life expectancy) is widely used to show health status. As of 2002, the average life expectancy at birth for Canadians was 82.1 years for women and 77.2 years for men, which is among the highest in the industrialized countries.<sup>7</sup> The number of deaths of children under one year (infant mortality) is another widely used measure to demonstrate health status. Canada's infant mortality rate for 2002 of 5.4 deaths per 1,000 live

births is one of the lowest in the world.<sup>8</sup>

The good health status of Canadians is based on more than health care services. Health is now considered to be a state of complete physical, mental and social well-being, and not just the absence of disease or illness. This approach includes social, economic and physical environmental factors that contribute to health. Focusing on health promotion, public health, population health and prevention aims to improve the health of an entire population and to reduce health inequities among population groups.

The principle which has dominated our thinking is that money spent on essential health care is money well spent, an investment in human resources that will pay handsome dividends not only in terms of economics but in human well-being.

Canada. Royal, Royal Commission . . . [Report], Vol. II, 1965, p. 18



## BACKGROUND

Modifications and major reforms have been made to Canada's health care system since its inception. As has been recognized in every major review of the system, the basic values of fairness and equity that are demonstrated by the willingness of Canadians to share resources and responsibility remain constant. However, coverage has been and continues to be modified as the country's population and circumstances change, and as the nature of health care itself evolves.

### The Political, Economic and Social Framework

Canada's health care system is based on political, social and economic unions. In general, Canada's Constitution sets out the powers of the federal and the provincial and territorial governments. The provinces and territories form a political and economic union within this constitutional federation. Collective action by both levels of government on social policy and program development is provided for in the Social Union Framework Agreement.

## Evolution of Our Health Care System

Under the *Constitution Act*, 1867, the provinces were responsible for establishing, maintaining and managing hospitals, asylums, charities and charitable institutions, and the federal government was given jurisdiction over marine hospitals and quarantine. The federal government was also given powers to tax and borrow, and to spend such money as long as this did not infringe on provincial powers.

The federal department of Agriculture covered federal health responsibilities from 1867 until 1919, when the department of Health was created. Over the years, as noted above, the responsibilities of both levels of government have changed.

Before "medicare," health care in Canada was for the most part privately delivered and funded. In 1947, the government of Saskatchewan introduced a province-wide, universal hospital care plan. By 1949, both British Columbia and Alberta had similar plans. The federal government passed the *Hospital Insurance*

The number of Canadians who knew life before medicare will very soon be, if it is not already, a minority. Of course, how life was before was the essential reason medicare developed ...

---

Tom Kent, in Canada. Parliament, The Health ... : Interim Report, Vol. 1, 2001, p. 7

and Diagnostic Services Act in 1957, which offered to reimburse, or cost share, one-half of provincial and territorial costs for specified hospital and diagnostic services. The act provided for publicly administered universal coverage for a specific set of services under uniform terms and conditions. Four years later, all the provinces and territories had agreed to provide publicly funded inpatient hospital and diagnostic services.

Saskatchewan introduced a universal, provincial medical insurance plan to provide doctors' services to all its residents in 1962. The federal government passed the *Medical Care Act* in 1966, which offered to reimburse, or cost share, one-

half of provincial and territorial costs for medical services provided by a doctor outside hospitals. The act set out four points or criteria, universality, comprehensiveness, public administration and portability, which were governed by five essential elements that included these four points plus accessibility. Within six years, all the provinces and territories had universal physician services insurance plans.

For the first 20 years, the federal government's financial contribution in support of health care was determined as a percentage (one-half) of provincial and territorial expenditure on specific insured hospital and physician services. In 1977, *under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977* (EPF), cost sharing was replaced with a block fund, in this case, a combination of cash payments and tax points. In general, a block fund is provided from one level of government to another for a specific purpose. This new funding arrangement meant that the provincial and territorial governments had the flexibility to invest health care funding according to their needs and priorities. Federal transfers for post-secondary education were

included in the EPF transfer, in addition to funding for medical and hospital services.

In 1984, federal legislation, the *Canada Health Act*, was passed. This new legislation included the principles provided in the federal hospital and medical insurance acts, and added provisions that prohibited extra-billing and user fees for insured services. Federal legislation passed in 1995 consolidated federal cash and tax transfers in support of health care and post-secondary education with federal transfers in support of social services and social assistance into a single block funding mechanism, the Canada Health and Social Transfer (CHST), beginning in fiscal year 1996-1997.

An agreement on health reached in 2000 by the federal, provincial and territorial government leaders (or first ministers) set out key reforms in primary health care, pharmaceuticals management, health information and communications technology, and health equipment and infrastructure. At the same time, the federal government increased cash transfers in support of health.

In 2003, the first ministers agreed on the *Accord on Health Care Renewal*, which provided

for structural change to the health care system to support access, quality and long-term sustainability. Targeted reforms included accelerated primary health care renewal; coverage for short-term acute home care and for the cost of prescribed drugs that reach high or catastrophic levels; enhanced access to diagnostic and medical equipment; and better accountability from governments.

Under the Accord, federal government cash transfers in support of health care were increased, and the CHST cash and tax transfers were split into the Canada Health Transfer for health, and the Canada Social Transfer for post-secondary education, social services and social assistance, effective April 2004.

Further reforms were announced by the first ministers in *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care* in 2004. The Plan is focused on improving access to quality care and reducing wait times. Other key reforms address: health human resources; Aboriginal health; home care; primary health care; prescription drug coverage and other elements of a national pharmaceutical strategy; health care services in the North; medical equipment; prevention, promotion and public health;





and enhanced reporting on progress made on these reforms. To support the Plan, the federal government increased health care cash transfers and applied an escalator as of 2006-2007 to provide predictable growth in federal funding.

For more detail on the history of our health care system, start with the resources at the end of this brochure: the Timeline, Bibliography and On-Line Resources.

## WHAT HAS BEEN SAID ABOUT OUR SYSTEM

First and foremost, Canadians support their health care system. As The Conference Board of Canada has noted: "Of all of Canada's social policies, [the health care system] is the most prized, and it is central to Canadians' views of what is necessary for a high quality of life."<sup>9</sup>

Studies show that a publicly funded health care system provides many economic

benefits. Public funding spreads the cost of health care services across the entire population. The European Observatory on Health Care Systems has pointed to the advantages of public funding of health care systems, which are: free access at point of use; pooling of risks across a larger population; universal coverage; and better cost control.<sup>10</sup>

Canada's labour costs are lower because employers do not have to fully fund employee health benefits; this gives businesses in Canada a competitive edge. The annual KPMG competitive-business report, which compares business costs in several industrialized countries, continues to find that Canada has lower business costs than the US, and the lowest total labour costs of the countries compared.<sup>11</sup> As well, the excellent health status of Canadians contributes to a productive workforce.

In their discussions with me, Canadians have been clear that they still strongly support the core values on which our health care system is premised—equity, fairness and solidarity. These values are tied to their understanding of citizenship.

Canada. Commission, Building on Values, 2002, p. xvi

## ENDNOTES

<sup>1</sup> Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975 – 2005*. Ottawa: the Institute, 2005, pp. 4-5, 99.

<sup>2</sup> CIHI, *National*, pp. iii, 7.

<sup>3</sup> CIHI, *National*, p. 108.

<sup>4</sup> HI, *National*, p. 108

<sup>5</sup> C HI, *National*, p. 109

<sup>6</sup> The UN Human Development Index measures human development of 175 countries in three areas: life expectancy at birth; educational attainment; and standard of living. For further information see [www.undp.org](http://www.undp.org).

<sup>7</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health Data*. Paris: OECD, 2004

<sup>8</sup> OECD, *Health* ..., 2004

<sup>9</sup> The Conference Board of Canada. *Performance and Potential 2002-03: Canada 2010: Challenges and Choices at Home and Abroad*. Ottawa: The Board, 2003, p. 78

<sup>10</sup> European Observatory on Health Care Systems. *Funding Health Care: Options for Europe*. Policy Brief No. 4. Copenhagen: The Observatory, 2002, p.14.

<sup>11</sup> KPMG. *Competitive Alternatives: the CEO's Guide to International Business Costs*. G7 - 2004 ed. Canada KPMG LLP, 2004, p. 52.

**TIMELINE**  
**BIBLIOGRAPHY**  
**ON-LINE RESOURCES**



# Timeline

1867

*British North American Act* passed: federal government responsible for marine hospitals and quarantine; provincial/territorial governments responsible for hospitals, asylums, charities and charitable institutions.

1897 to 1919

Federal Department of Agriculture handles federal health responsibilities until Sept. 1, 1919, when first federal Department of Health created.

1920s

Municipal hospital plans established in Manitoba, Saskatchewan and Alberta.

1921

Royal Commission on Health Insurance, British Columbia.

1947

Saskatchewan initiates provincial universal public hospital insurance plan, January 1.

1948

National Health Grants Program, federal; provides grants to provinces and territories to support health-related initiatives, including hospital construction, public health, professional training, provincial surveys and public health research.

1949

British Columbia creates limited provincial hospital insurance plan.

Newfoundland joins Canada, has a cottage hospital insurance plan.

1950

Alberta creates limited provincial hospital insurance plan, July 1.

1960

Northwest Territories creates hospital insurance plan with federal cost sharing, April 1.

Yukon creates hospital insurance plan with federal cost sharing, July 1.

1961

Québec creates hospital insurance plan with federal cost sharing, January 1.

Federal government creates Royal Commission on Health Services to study need for health insurance and health services; appoint Emmet M. Hall as Chair.

1962

Saskatchewan creates medical insurance plan for physicians' services, July 1; doctors in province strike for 23 days.

1964

Royal Commission on Health Services, federal, reports; recommends national health care program.

1936

British Columbia and Alberta pass health insurance legislation, but without an operating program.

1940

Federal Dominion Council of Health created.

1942

Federal Interdepartmental Advisory Committee on Health Insurance created.

1957

*Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, federal, proclaimed (Royal Assent) May 1; provides 50/50 cost sharing for provincial and territorial hospital insurance plans, in force July 1, 1958.

1958

Manitoba, Newfoundland, Alberta and British Columbia create hospital insurance plans with federal cost sharing, July 1.

Saskatchewan hospital insurance plan brought in under federal cost sharing, July 1.

1959

Ontario, New Brunswick and Nova Scotia create hospital insurance plans with federal cost sharing, January 1.

Prince Edward Island creates hospital insurance plan with federal cost sharing, October 1.

1965

British Columbia creates provincial medical plan.

1966

Canada Assistance Plan (CAP), federal, introduced; provides cost-sharing for social services, including health care not covered under hospital plans, for those in need, Royal Assent July, effective April 1.

*Medical Care Act*, federal, proclaimed (Royal Assent), December 19; provides 50/50 cost sharing for provincial/territorial medical insurance plans, in force July 1, 1968.

1968

Saskatchewan and British Columbia create medical insurance plans with federal cost sharing, July 1.



1969

Newfoundland, Nova Scotia and Manitoba create medical insurance plans with federal cost sharing, April 1.

Alberta creates medical insurance plan with federal cost sharing, July 1.

Ontario creates medical insurance plan with federal cost sharing, October 1.

1970

Québec creates medical insurance plan with federal cost sharing, November 1.

Prince Edward Island creates medical insurance plan with federal cost sharing, December 1.

1971

New Brunswick creates medical insurance plan with federal cost sharing, January 1.

Northwest Territories creates medical insurance plan with federal cost sharing, April 1.

1972

Yukon creates medical insurance plans with federal cost sharing, April 1.

1981

Provincial/territorial reciprocal billing agreement for in-patient hospital services provided out-of-province/territory.

1982

Federal EPF amended; revenue guarantee removed, funding formula amended.

1983

Royal Commission on Hospital and Nursing Home Costs, Newfoundland, begins April, reports February 1984.

Comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, begins, ends 1984.

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, begins January, reports December 1987.

...

Federal Task Force on the Allocation of Health Care Resources begins June, reports 1984.

1987

Premier's Council on Health Strategy, Ontario, begins, ends in 1991.

Royal Commission on Health Care, Nova Scotia, begins August 25, reports December 1989.

Advisory Committee on the Utilization of Medical Services, Alberta, begins September, reports September 1989.

All provinces and territories in compliance with the *Canada Health Act* by April 1.

1988

Provincial/territorial governments (except Québec) sign reciprocal billing agreement for physicians' services provided out-of-province/territory.

Commission on Directions in Health Care, Saskatchewan, begins July 1, reports March 1990.

Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, Alberta, begins December, reports December 1989.

Commission on Selected Health Care Programs, New Brunswick, begins November, reports June 1989.

1989 to 1994

Further reductions in federal transfer payments.

1990

Royal Commission on Health Care and Costs, British Columbia, begins, reports 1991.

## 1977

Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act (EPF) federal cost-sharing shifts to block funding.

## 1979

Federal government creates Health Services Review; Emmet M. Hall appointed Special Commissioner to re-evaluate publicly funded health care system.

## 1980

Health Services Review report released August 29; recommends ending user fees, extra billing, setting national standards.

## 1984

The *Canada Health Act*, federal, passes (Royal Assent April 17), combines hospital and medical acts; sets conditions and criteria on portability, accessibility, universality, comprehensiveness, public administration; bans user fees and extra billing.

Provincial/territorial reciprocal billing agreement for out-patient hospital services provided out-of-province/territory.

## 1985

Health Services Review Committee, Manitoba, begins, reports November.

## 1986

Federal transfer payments rate of growth reduced.

Health Review Panel, Ontario, begins November, reports June 1987.

## 1991

National Task Force on Health Information, federal, reports; leads to creation of Canadian Institute of Health Information.

Task Force on Health, Prince Edward Island, begins June, reports March 1992.

## 1994

National Forum on Health, federal, created to discuss health care with Canadians and recommend reforms, begins October, reports 1997.

## 1995

Federal EPF and CAP merged into block funding under the Canada Health and Social Transfer (CHST), to support health care, post-secondary education and social services.





1996

Federal CHST transfers begin April 1.

1998

Health Services Review, New Brunswick, begins, reports February 1999.

1999

Social Union Framework Agreement (SUFA) in force; federal, provincial and territorial governments (except Québec) agree to collective approach to social policy and program development, including health.

Minister's Forum on Health and Social Services, Northwest Territories, begins July, reports January 2000.

2000

First ministers' Communiqué on Health, announced September 11.

Commission of Study on Health and Social Services (Clair Commission), Québec, created June 15, reports December 18.

Saskatchewan Commission on Medicare (Fyke Commission), Saskatchewan, begins June 14, reports April 11, 2001.

Premier's Advisory Council on Health for Alberta (Mazankowski Council), Alberta, established January 31, reports January 8, 2002.

Premier's Health Quality Council, New Brunswick, begins January, reports January 22, 2002.

## RESSOURCES EN LIGNE

Association canadienne de soins palliatifs : [www.acsp.net](http://www.acsp.net)

Association canadienne des soins de santé : [www.cha.ca](http://www.cha.ca)

Association des infirmières et infirmiers du Canada : [www.cna-aifc.ca](http://www.cna-aifc.ca)

Association médicale canadienne : [www.cma.ca](http://www.cma.ca)

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca) (cliquez sur le lien Travaux des comités)

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : [www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html)

Entente cadre sur l'Union sociale : [www.union sociale.gc.ca](http://www.union sociale.gc.ca)

Etats-Unis. Centers for Disease Control and Prevention : [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

Etats-Unis. National Center for Health Statistics : [www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs)

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : [www.fcrrs.ca](http://www.fcrrs.ca)

Fonds monétaire international : [www.imf.org](http://www.imf.org)

Information sur la santé (général) - voir Réseau canadien de la santé, ci-dessous

Institut canadien d'information sur la santé : [www.iciis.ca](http://www.iciis.ca)

Instituts de recherche en santé : [www.cih-irsc.gc.ca](http://www.cih-irsc.gc.ca)

Ministères provinciaux et territoriaux de la santé : [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ptrole/btrm/index\\_t.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ptrole/btrm/index_t.html)

Organisation de coopération et de développement économique : [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

Organisation mondiale de la Santé : [www.who.int](http://www.who.int)

Parlement du Canada : [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)

Portail des Autochtones au Canada : [www.autochtonesauCanada.gc.ca](http://www.autochtonesauCanada.gc.ca)

Réseau canadien de la santé : [www.reseau-canadien-sante.ca](http://www.reseau-canadien-sante.ca)

Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

Santé de la population : [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/index.html)



- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Funding health care. Options for Europe*. Brief No. 4, Copenhagen, The Observatory, 2002.
- EVANS, Robert G., Morris L. BARER et Theodore R. MARMOR. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- HAYES, Michael V., et James R. DUNN. *Population health in Canada : A systematic review*, Canadian Policy Research Networks Study No. H01, Ottawa, The Networks, 1998.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND. *Canada: Selected issues*, IMF Country Report No. 03/34, Washington, DC : IMF, February 2003.
- KLATT, Irene. « Understanding the Canadian health care system », *American Journal of Financial Service Professionals*, September 2000 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.cfp-ca.org/pdf/understanding\_canadian\_health-care.pdf>.
- KPMG. *Competitive alternatives : The CEO's guide to international business costs*, G7-2004 ed., Canada, KPMG LLP, 2004.
- KRAKER, Daniel. « The Canadian cure », *The New Rules*, Minneapolis, MN, Institute for Local Self-Reliance, Spring, 2001 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.inmotionmagazine.com/hcare/canadahc.html>.
- MADORE, Odette. *La Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options*, éd rev., Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2003 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-f.htm>.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health at a glance. OECD indicators 2003*, Paris, OECD, 2003.
- . *Health data*, [CD-ROM], Paris, OECD, 2004.
- . « OECD health at a glance - How Canada compares », *OECD Observer Policy Brief*, Paris, OECD, October 2001.
- TAYLOR, Malcolm G. *Health insurance and Canadian public policy. The seven decisions that created the Canadian health insurance system and their outcomes*, 2nd ed., Canadian Public Administration Series, Montreal, McGill-Queen's University Press, 1987.
- THAI, Kh V., Edward T. WIMBERLEY and Sharon M. McManus, eds. *Handbook of international health care systems*, New York, Marcel Dekker, c2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care systems in transition : Canada. Preliminary version*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996. [Mise à jour attendue fin 2005]

## BIBLIOGRAPHIE

- ANAD. Commission royale d'enquête sur les services de santé. *Commission royale d'enquête sur les services de santé : Rapport*, 2 vol., [Ottawa, Impr. de la Reine], 1964-1965.
- CANADA. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé*, Saskatoon, Sask., La Commission, 2002.
- . *Préparer l'avenir des soins de santé : Rapport d'étape*, Saskatoon, Sask., La Commission, 2002.
- CANADA. Conseil du Trésor. *Le rendement du Canada : Rapport annuel au Parlement 2004*, Ottawa, Présidente du Conseil du trésor, c2004.
- CANADA. Examen des services de santé. *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 : Engagement au renouveau*, [Ottawa, Santé et bien-être social Canada], 1980.
- (CANADA. Parlement. Sénat. Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. *La santé des canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral : Rapport intermédiaire du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie*, 5 vol., [Ottawa], Le Sénat, 2001-2002.
- . *La santé des canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral : Vol 6 : Recommandations en vue d'une réforme*, [Ottawa], Le Sénat, 2002.
- CANADA. Santé Canada. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, [Ottawa, Santé Canada, 2003] (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/med-assur/ptcollab/2003accord/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/med-assur/ptcollab/2003accord/index_f.html)>.
- . *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel – 2004*, [Ottawa], Santé Canada, 2004.
- . *Renseignements des Rapports – Santé Canada. Renseignements des Rapports ministériels sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2004*, Ottawa, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2004.
- CANADIAN COLLEGE OF HEALTH SERVICE EXECUTIVES. *Health Systems Update, 2002-2003*, 10th ed. Ottawa, The College [2003].
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Les soins de santé au Canada, 2004. Ottawa, L'institut et Statistique Canada, 2004.
- . *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, Ottawa, L'institut, 2005.
- THE CONFERENCE BOARD OF CANADA. *Performance and potential 2002-03 : Canada 2010 : Challenges and choices at home and abroad*, Ottawa, The Board, 2003.
- DUMONT LEMASSON, Mireille, Carol DONOVAN et Maggie WYLIE. *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.



2001

L'examen du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (comité Kirby), 1<sup>er</sup> mars et publie ses recommandations en octobre 2002.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), gouvernement fédéral, commence le 4 avril et présente son rapport en novembre 2002.

Le British Columbia Select Standing Committee on Health (Comité Roddick) commence en août et présente son rapport le 10 décembre.

Le Plan d'action des Territoires du Nord-Ouest, commence en novembre et présente son rapport en janvier 2002. Processus de consultations [sur la santé], Ontario, commence en juin et publie ses résultats le 21 janvier 2002.

Choix en matière de santé – Un débat public sur l'avenir des soins de santé publique au Manitoba, Manitoba, commence en janvier et présente son rapport en décembre.

2003

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé annoncé le 5 février.

Le Conseil canadien de la santé mis sur pied le 9 décembre pour surveiller et présenter des rapports sur le progrès des réformes contenues dans l'Accord.

2004

Le TCSPS est divisé en deux transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) le 9 décembre.

*Un Plan décennal pour consolider les soins de santé* signé par les premiers ministres le 16 septembre.

1996

Les transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux, gouvernement fédéral, débute le 1<sup>er</sup> avril.

1998

L'Examen des services de santé, Nouveau-Brunswick, commence et présente son rapport en février 1999

1999

L'Entente-cadre sur l'union sociale des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf le Québec), entre en vigueur; les gouvernements s'engagent à adopter une approche commune à l'égard de l'élaboration des politiques et des programmes sociaux, y compris en matière de santé.

Le Forum du ministre sur la santé et les services sociaux, Territoires du Nord Ouest, commence en juillet et présente son rapport en janvier 2000.

La Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé (Commission Fyke), commence le 14 juin et présente son rapport le 11 avril 2001.

Le Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (Conseil Mazankowski), Alberta, est créé le 31 janvier et présente son rapport le 8 janvier 2002

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé, Nouveau-Brunswick, commence en janvier et présente son rapport le 22 janvier 2002.

2000

Le Communiqué sur la santé est annoncé par les premiers ministres le 11 septembre.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), Québec, est créée le 15 juin et présente son rapport le 18 décembre.



1977

Modification du financement de base prévu par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces sur le financement des programmes établis (FPE); le gouvernement fédéral partage les coûts; on aura dorénavant recours à un mécanisme de financement global.

1979

L'examen des services de santé, gouvernement fédéral, est établi afin de réévaluer le système de soins de santé. M. Emmet M. Hall est nommé commissaire spécial.

1980

Le rapport d'Examen des services de santé est rendu public le 29 août. Il recommande d'abolir les frais d'utilisation et la surfacturation des services et d'établir des normes nationales.

1984

La Loi canadienne sur la santé, gouvernemen-  
tent fédéral, est adoptée (reçoit la sanction royale le 17 avril); combine les lois sur l'assurance-maladie et l'assurance hospitalisation, établit les conditions et les critères concernant la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité, la gestion publique et interdit les frais d'utilisation et la surfacturation. L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les personnes recevant des services hospitaliers à l'extérieur de la province ou du territoire.

1985

Le Comité d'examen des services de santé, Manitoba, commence et présente son rapport en novembre.

1986

Baisse du taux de croissance des paiements de transfert fédéraux. Le Comité d'étude sur la santé, Ontario, commence en novembre et présente son rapport en juin 1987.

1991

Le Groupe de travail national sur l'information en matière de santé, même gouvernement fédéral, rapports, mène à la création de l'Institut canadien d'information sur la santé. Le Groupe d'enquête sur la santé, l'île du Prince Édouard, commence en juin et présente son rapport en mars 1992.

1994

Le Forum national sur la santé, gouvernement fédéral, est établi afin de discuter des soins de santé avec les Canadiens et de recommander des réformes; commence en octobre et présente son rapport en 1997.

1995

Le FPE et le RAFP, gouvernement fédéral, fusionnent et deviennent le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) qui fournit le financement global en matière de santé, d'éducation postsecondaire et de services sociaux.

1969

L'Alberta met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> avril.  
L'Ontario met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> juillet.  
L'Alberta met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> octobre.

1970

Le Québec met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> novembre.

1971

Le Nouveau-Brunswick met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> janvier.

1972

Le Yukon met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> avril.

1981

L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les personnes recevant des services hospitaliers à l'extérieur de la province ou du territoire.  
Modification du FPE, gouvernement fédéral: suppression des revenus garantis et modification de la formule de financement.

1982

La Commission royale chargée d'étudier les frais en établissement hospitalier et les coûts des maisons de soins infirmiers, Terre Neuve, commence en avril et présente son rapport en février 1984.

1983

Le Comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, commence et se termine en 1984.

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, en 1984.

1989 to 1994

Nouvelles baisses des paiements de transfert fédéraux.

1990

La Commission royale sur les soins de santé et les coûts, Colombie Britannique, commence et présente son rapport en 1991.

1987

Le Conseil sur la santé du premier ministre, Ontario, commence et se termine en 1991.

1988

Les gouvernements provinciaux et territoriaux (sauf le gouvernement du Québec) concluent une entente de facturation réciproque pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

La Commission chargée d'étudier les orientations en matière de soins de santé, Saskatchewan, commence le 1<sup>er</sup> juillet et présente son rapport en mars 1990.

La Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé pour les Albertains, Alberta, commence en décembre et présente son rapport en décembre 1989.

La Commission sur certains programmes de soins de santé, Nouveau-Brunswick, commence en novembre et présente son rapport en juin 1989.

Toutes les provinces et tous les territoires se conforment à la Loi canadienne sur la santé au 1<sup>er</sup> avril.

1936

La Colombie-Britannique et l'Alberta adoptent des lois qui régissent l'assurance maladie, mais sans programme opérationnel.

1940

Création du Conseil fédéral d'hygiène.

1942

Création du Comité consultatif interministériel sur l'assurance-maladie, gouvernement fédéral.

1957

La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, gouverne-ment fédéral, est votée le 1er mai (sanction royale); le gouvernement fédéral s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux; entre en vigueur le 1er juillet 1958.

1958

Le Manitoba, Terre-Neuve, l'Alberta et la Colombie-Britannique mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisa-tion selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

1959

L'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er janvier.

1965

La Colombie-Britannique met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux.

1966

Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) est mis sur pied, gou-vernement fédéral; offre le partage des coûts pour les services sociaux. Y compris pour les soins de santé non couverts par le régime d'hospitalisation, pour les personnes dans le besoin; sanction royale en juillet et entre en vigueur le 1er avril.

1968

La Saskatchewan et la Colombie Britannique mettent sur pied des régimes d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

La loi sur les soins médicaux, gouverne-ment fédéral; est adoptée, sanction royale le 19 décembre; le gouvernement s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux; entre en vigueur le 1er juillet 1968.



# CHRONOLOGIE

1867

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique est adopté. En vertu de celui-ci, le gouvernement fédéral est responsable des hôpitaux de la marine et de la mise en quarantaine. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables des hôpitaux, des asiles et des établissements de bienfaisance.

1897 to 1919

Le ministère fédéral de l'Agriculture se charge des responsabilités fédérales en matière de santé jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 1919, date de la création du premier ministère fédéral de la Santé.

1920

Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta mettent sur pied des régimes d'hospitalisation municipaux.

1921

Commission royale d'enquête sur l'assurance maladie, Colombie-Britannique.

1947

La Saskatchewan met en place un régime provincial d'assurance-hospitalisation public le 1<sup>er</sup> janvier.

1948

Le programme de subventions de la santé nationale, gouvernement fédéral, accorde des subventions aux provinces et aux territoires afin de soutenir les initiatives en matière de santé, dont la construction d'hôpitaux, la santé publique, la formation professionnelle, les études provinciales et la recherche en santé publique.

1949

La Colombie-Britannique met sur pied un régime provincial limité d'assurance hospitalisation. Terre-Neuve se joint au Canada; elle dispose déjà d'un régime d'assurance couvrant les soins dans les pavillons hospitaliers.

1950

L'Alberta met sur pied un régime provincial limité d'assurance-hospitalisation le 1<sup>er</sup> juillet.

1960

Les Territoires du Nord-Ouest mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> avril.

1961

Le Québec met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1<sup>er</sup> janvier.

1962

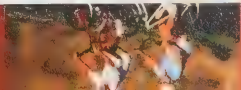
La Saskatchewan met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux le 1<sup>er</sup> juillet. Les médecins de la province font la grève pendant 23 jours.

1964

La Commission royale d'enquête sur les services de santé, gouvernement fédéral, présente son rapport sur pied d'un programme d'assurance maladie national.

Le gouvernement fédéral crée la Commission royale d'enquête sur les services de santé; L'arrêt M. Hall est nommé président de la Commission et est chargé de mener une étude sur les besoins en matière d'assurance-maladie et des services de santé.

CHRONOLOGIE  
BIBLIOGRAPHIE  
RESSOURCES EN LIGNE



que d'autres éléments d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, les services de soins de santé dans le Nord, l'équipement médical, la prévention, la promotion, la santé publique et la présentation de rapports améliorés sur les progrès réalisés par rapport à ces réformes. Pour contribuer à l'exécution de ce plan, le gouvernement fédéral a augmenté les transferts de fonds pour les soins de santé et appliquera une échelle mobile à compter de 2006-2007 afin de fournir une croissance prévisible en ce qui concerne le financement fédéral.

Des études révèlent qu'un système de soins de santé public offre de nombreux avantages économiques. Le financement public répartit le coût des services de soins de santé entre toute la population. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a souligné les avantages du financement public des systèmes de soins de santé, à savoir : accès gratuit au point d'utilisation, répartition des risques sur une plus grande population, couverture universelle et meilleur contrôle des coûts.<sup>10</sup>

Au Canada, les coûts de la main d'œuvre sont moins élevés parce que les employeurs n'ont pas à financer l'intégralité des prestations de maladie des employés, ce qui donne aux entreprises au Canada un avantage concurrentiel. Le rapport annuel KPMG sur la compétitivité, qui compare le coût de revient dans plusieurs pays industrialisés, révèle que les coûts de revient sont toujours plus bas au Canada qu'aux États-Unis et que les coûts de la main d'œuvre sont les moins élevés des pays comparés.<sup>11</sup> L'excellent état de santé des Canadiens contribue en outre à la productivité de la main d'œuvre.

D'abord et avant tout, les Canadiens appuient leur système de soins de santé. Comme l'a souligné le Conférence Board du Canada, « de toutes les politiques sociales du Canada, le système de soins de santé est celle que les Canadiens apprécient le plus, celle qu'ils jugent nécessaire à une qualité de vie élevée ».<sup>9</sup>

## CE QUE L'ON DIT DE NOTRE SYSTÈME

### NOTES EN FIN DE TEXTE

Dans les discussions que nous avons eues ensemble, les Canadiens ont indiqué clairement qu'ils appuient avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à leur conception de la citoyenneté.

Canada. Commission sur l'avenir, Guide par nos valeurs, 2002, p. xvi

<sup>1</sup> Institut Canadien d'information sur la Santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, Ottawa, l'Institut, 2005, pp. 3-7, 99.

<sup>2</sup> ICIS, *Tendances*, p. iii.

<sup>3</sup> CIHI, *Tendances*, p. 102.

<sup>4</sup> CIHI, *Tendances*, p. 102.

<sup>5</sup> CIHI, *Tendances*, p. 103.

<sup>6</sup> L'indice de développement humain des Nations Unies mesure le développement humain de 175 pays dans trois domaines : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de vie. Pour plus d'information, consulter [www.undp.org](http://www.undp.org).

<sup>7</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, *Health Data Paris OECD 2004*

OECD, *Health*, 2004.

<sup>9</sup> The Conference Board of Canada, *Performance and Policy: A 2002-03 Canadian 2010 Challenge and Choices at Home and Abroad*, Ottawa: The Board, 2003, p. 78.

<sup>10</sup> European Observatory on Health Care Systems, *Funding Health Care: Options for Europe*, Policy Brief No. 4, Copenhagen: The Observatory, 2002, p. 14.

<sup>11</sup> KPMG, *Competitive Alternatives: The CEO's Guide to International Business Costs*, G7 - 2004 ed. Canada: KPMG LLP, 2004, p. 52.



En 2003, les premiers ministres ont conclu l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, qui prévoyait des modifications à la structure du système de soins de santé pour favoriser l'accessibilité, la qualité et la viabilité à long terme.

Les efforts conjoints des provinces et du fédéral ont permis d'accroître les soins de santé primaires, la couverture des soins de courte durée à domicile et celle des médicaments sur ordonnance onéreux ou très onéreux, un meilleur accès au matériel diagnostique et une réduction des comptes améliorée de la part

des gouvernements.

Dans le cadre de l'Accord, les transferts de fonds fédéraux en santé ont été augmentés, et en date d'avril 2004, les transferts de fonds et d'impôts du TPSCS ont été répartis entre le Transfert canadien en matière de santé, pour la santé, et le Transfert canadien en matière de santé, pour la santé, et les programmes sociaux, pour l'éducation postsecondaire, les services sociaux et l'aide sociale.

En 2004, les premiers ministres ont annoncé d'autres réformes dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Ce dernier porte principalement sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité et la réduction des temps d'attente. D'autres réformes importantes visent les ressources humaines en santé, la santé des Autochtones, les soins à domicile, les soins de santé primaires, la couverture des médicaments sur ordonnance, ainsi

fonds fédéraux pour l'éducation postsecondaire ont été ajoutés au financement des programmes établis, en plus du financement pour les services médicaux et hospitaliers.

En 1984, le gouvernement fédéral a adopté la Loi canadienne sur la santé. Cette nouvelle loi contenait les mêmes principes que les lois fédérales et provinciales sur les soins médicaux et hospitaliers, auxquels s'ajoutaient des dispositions interdisant la surfacturation et l'imposition de tickets modérateurs pour la prestation de services assurés. Une loi fédérale adoptée en 1995 consolidait les transferts de fonds et d'impôts fédéraux pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire avec les transferts fédéraux pour les services sociaux et l'assistance sociale en un seul mécanisme de financement, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à compter de l'exercice 1996-1997.

En 2000, un accord entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires instaurait des réformes importantes aux chapitres des soins de santé primaires, de la gestion des produits pharmaceutiques, de la technologie de l'information et de la communication en santé, du matériel et de l'infrastructure de la santé. Au même moment, le gouvernement fédéral augmentait les transferts de fonds en santé.

Le loi établissait quatre points ou critères – universality, intégrité, gestion publique et transférabilité – qui reposaient sur cinq éléments essentiels, normalement ces points et l'accessibilité. Au cours des six années suivantes, toutes les provinces et tous les territoires se sont dotés des régimes d'assurance universels qui s'appliquaient aux services dispensés par les médecins.

Au cours des 20 premières années, la contribution financière du gouvernement fédéral aux soins de santé représentait un pourcentage (la moitié) des dépenses des provinces et des territoires pour des services médicaux et hospitaliers précis assurés. La Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis (FPE), le partage des coûts a été remplacé par un mécanisme de financement global, dans le cas qui nous intéresse, une combinaison de versements en espèces et de points d'impôt. En général, le financement global est fourni par un ordre de gouvernement à un autre à des fins précises. Cette nouvelle modalité de financement donnait aux gouvernements des provinces et des territoires la latitude nécessaire pour investir les fonds des soins de santé selon leurs besoins et leurs priorités. Les transferts de

## de soins de santé

constitueront plus ou moins qu'une minorité, si ce n'est déjà fait. Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale raison qui a mené à sa création.

Tom Kent, dans Canada. Parlement, La santé ... : Rapport intermédiaire... Vol. 1, 2001, p.p.7-8

En 1957, le gouvernement fédéral a adopté la Loi sur l'hospitalisation et les services diagnostiques, aux termes de laquelle il offrait de

remboursen ou de partager la moitié des coûts supportés par les provinces et les territoires pour des services hospitaliers et diagnostics spécifiques. La loi prévoyait une protection universelle, gérée

par le secteur public, pour un éventail de services précis dispensés selon des modalités et conditions uniformes. Quatre ans plus tard, toutes les provinces et tous les territoires acceptaient de financer à même les fonds publics les services prodigués aux malades hospitalisés et les services diagnostiques.

services diagnostiques.

En 1962, la Saskatchewan a mis sur pied un régime d'assurance maladie universel provincial afin d'offrir des services médicaux à tous ses habitants. En 1966, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le remboursement ou le partage de la

Depuis sa création, le système de soins de santé du Canada a fait l'objet de nombreuses modifications et de réformes importantes. Toutes les régions du pays ont reconnu les valeurs fondamentales de justice et d'équité, illustrées par la volonté des Canadiens de partager les ressources et les

Le cadre politique,  
économique et social

Le système de soins de santé  
canadien repose sur des unions  
solidaires et égalitaires.

En général, la Constitution canadienne établit les pouvoirs du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les provinces et les territoires forment une union politique et économique au sein de cette fédération constitu-

améliorer l'union sociale pour les Canadiens prévoit l'adoption de mesures collectives par les deux ordres de gouvernement pour l'élaboration de politiques et de

Aux termes de la *Loi constitutionnelle de 1867*, il incombait aux provinces d'ouvrir, d'entretenir et de gérer des hôpitaux, des asiles et des établissements de bienfaisance, tandis que le gouvernement fédéral devait s'occuper des hôpitaux de la marine et des mesures de quarantaine. Le gouvernement fédéral avait également le pouvoir d'emprunter, de prélever des impôts et de dépenser les sommes ainsi générées, à condition de ne pas empiéter sur les pouvoirs des provinces.

Entre 1867 et 1919, année de la création du ministère de la Santé, c'est au ministère de l'Agriculture que revenaient toutes les responsabilités relatives à la santé. Comme il a déjà été mentionné, ces responsabilités des deux ordres de gouvernement ont évolué au fil des ans.

Avant l'avènement de l'assurance maladie au Canada, les soins de santé étaient en grande partie financés et dispensés par des organismes privés. En 1947, le gouvernement de la Saskatchewan a instauré un régime public universel provincial d'assurance hospitalière. La Colombie Britannique et l'Alberta ont suivi, et toutes deux s'étaient dotées d'un régime similaire en 1949.

## RÉPARTITION D'UN DOLLAR CONSACRÉ AUX SOINS DE SANTÉ



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2005

chronique. La nature du travail et le milieu dans lequel celui-ci est effectué influent sur la santé en raison de l'exposition à des risques tels que les produits chimiques, le bruit, les rayonnements, les agents infectieux, ou le stress psychosocial.

Les Canadiens jouissent d'un excellent état de santé. Le classement favorable du Canada selon l'indice du développement humain des Nations Unies est, dans une large mesure, attribuable à son système de soins de santé. L'espérance de vie d'une personne sert généralement d'indicateur de l'état de santé. En 2002, l'espérance de vie des Canadiens à la naissance était en moyenne de 82,1 ans chez les femmes et de 77,2 ans chez les hommes, soit une des plus élevées

Le bon état de santé des Canadiens ne dépend pas seulement des services de soins de santé. La santé est maintenant considérée comme un état de bien être complet – physique, mental et social – et non seulement comme une absence de maladie. Il s'agit d'une approche selon laquelle les facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux contribuent à la santé. Le fait de concentrer les efforts sur la promotion de la santé, la santé publique, la santé de la

Le principe qui a dominé nos pensées est que l'argent dépensé en soins de santé essentiels est de l'argent bien dépensé; c'est un investissement en ressources humaines qui rapportera beaucoup, non seulement en termes économiques, mais aussi en bien-être humain.

Canada. Commission royale, ... : Rapport, Vol II, 1965, p. 19

population et la prévention, vise à améliorer la santé de toute la population et à réduire les inégalités au chapitre de la santé entre les différents groupes.



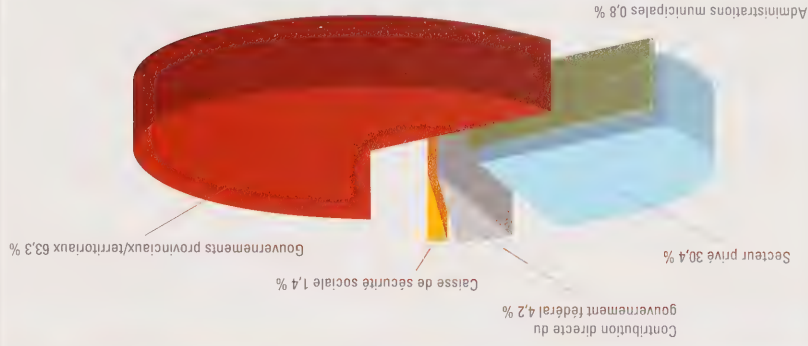
## LES DÉPENSES DE SANTÉ

Au sein du système de soins de santé public, les dépenses en santé varient entre les provinces et les territoires, partiellement en raison des différences au niveau de ce que les provinces et territoires jugent médicalement nécessaire et de facteurs démographiques, comme l'âge de la population. La densité de population des régions est un autre facteur qui peut avoir une incidence sur les coûts des soins de santé.

En 1975, les coûts totaux des soins de santé au Canada comptaient pour 7 % du produit intérieur brut (PIB). Les dépenses en santé, exprimées en pourcentage du PIB, ont crû jusqu'à environ 10,4 % en 2005 (ou 4411 \$CAN par

personne). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2005, en moyenne sept dollars sur dix dépenses en soins de santé provenaient des fonds publics. Les trois autres dollars provenaient de sources privées et couvraient les coûts de services supplémentaires comme les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue. Au cours des trente dernières années, on a constaté des changements importants dans la manière dont l'argent était dépensé en santé. En moyenne, la part des dépenses totales de santé pour les hôpitaux et les médecins a diminué, tandis que les dépenses en médicaments sur ordonnance ont augmenté au même. Cependant, les dépenses en services

### 69,6 % des dépenses en santé sont subventionnées par l'État



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2005

## L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

hospitaliers et médicaux représentent encore 43 % des dépenses totales en soins de santé. En 1975, une part beaucoup plus importante (45 %) est allée aux hôpitaux, comparé à 2005 (30 %). En 1975, les paiements versés aux médecins (15 %) venaient au deuxième rang des dépenses; ceux-ci sont passés au troisième rang des dépenses (13 %) en 2005. Par opposition, les traitements médicaux, particulièrement ceux prescrits par les médecins, comptaient pour 9 % des dépenses totales de santé en 1975. En 2005, ces dépenses avaient presque doublé et, à presque 18 %, venaient au deuxième rang des dépenses totales en santé.

L'état de santé d'une personne dépend de nombreux facteurs. À l'échelle mondiale, le statut économique a une forte incidence sur la maladie, l'incapacité et la mortalité. Le milieu de vie d'une personne – urbain ou rural – influence sur la prestation et les coûts des services. L'âge est également un facteur – les problèmes de santé ne sont pas les mêmes chez les jeunes que chez les aînés. Il faut également tenir compte du sexe, car si les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, elles souffrent plus de mauvaise santé

## Les gouvernements

### provinciaux et territoriaux

Les provinces et les territoires

gèrent et dispensent la majorité des

services de soins de santé du

Canada, avec des régimes

d'assurance maladie qui doivent

respecter les principes nationaux

énoncés dans la *Loi canadienne sur*

*la santé* (l'assurance maladie

d'assurance maladie provincial et

territorial défraie, sans franchise,

quote part ou plafond, les services

hospitaliers et médicaux médicaux-

gratuitement. Les gouvernements

des provinces et des territoires

financent ces services avec l'aide

de transferts pécuniaires et

fiscaux du gouvernement fédéral.

En matière de soins de santé, il

incombe aux gouvernements des

provinces et des territoires de gérer

leur régime d'assurance maladie, de

planifier, financer et évaluer les

soins hospitaliers, les soins médi-

caux, les soins paramédicaux, la

fourniture de médicaments sur

ordonnance dans les hôpitaux et la

santé publique, et de négocier des

barèmes d'honoraires pour les

professionnels de la santé. La

plupart des gouvernements

provinciaux et territoriaux obtient

et financent des services supplé-

mentaires pour certains groupes

(p. ex. : les personnes à faible

revenu et les aînés), comme

de résidence au Canada. Générale-

ment, ces services sont dispensés

par des infirmières en santé

communautaire, dans des postes

de soins infirmiers, des centres de

santé, des centres de traitement de

patients hospitalisés, des hôpitaux,

et dans le cadre de projets du

Programme d'aide préscolaire aux

enfants Autochtones. Les deux

ordres de gouvernement collaborent

de plus en plus pour intégrer la

prestation de ces services aux

systèmes provinciaux et territoriaux

Le gouvernement fédéral s'occupe

également de la protection de la

santé et de la réglementation

(p. ex., réglementation des produits

pharmaceutiques, des aliments et

des matériels médicaux), de la

sécurité des consommateurs, de

la surveillance et de la prévention

des maladies. Il appuie également

la promotion de la santé et la

recherche en santé. Il existe aussi

des mesures fiscales fédérales liées

à la santé, y compris l'octroi de

crédits d'impôt pour les dépenses

médicales, les handicaps, les

soignants et les personnes à charge

atteintes d'incapacité, des réduc-

tions de taxes aux établissements

publics pour les services de santé,

ainsi que des déductions pour les

primes d'assurance maladie privées

pour les travailleurs autonomes.

Les provinces et les territoires

l'extérieur des hôpitaux, les coûts

soins de la vue, de l'ouïe et

dentaires qui ne sont pas couverts

aux termes de la *Loi canadienne*

*sur la santé*.

Bien que les provinces et les

territoires fournissent ces

prestations supplémentaires à

certaines groupes de personnes, les

services de santé supplémentaires

sont en grande partie financés par

des versements de la

Les personnes et les familles qui ne

sont pas admissibles à la protection

assurée par le système public

peuvent payer ces coûts directe-

ment (de leur poche), obtenir une

protection dans le cadre d'une

assurance collective au travail ou

adhérer à un régime privé. Aux

termes de la plupart des lois

provinciales et territoriales, la

protection offerte par les assureurs

privés est financée par les assurés

une couverture dupliquée pour les

services déjà offerts par les régimes

publics. Cependant, il peut arriver

que les régimes complémentaires

une concurrence sur le marché des

services complémentaires.

De plus, il existe dans chaque

province et territoire un organisme

d'indemnisation des accidents

du travail, financé par les

employeurs, qui offre des services

aux employés qui se blessent

au travail.



## Le gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral en santé est d'établir et d'appliquer des principes nationaux pour le système aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, de fournir un appui financier aux provinces et aux territoires et de s'acquitter de plusieurs autres fonctions, notamment : la prestation directe de services primaires et supplémentaires à certains groupes de personnes, des programmes de santé publique afin de prévenir les maladies, la promotion de la santé et la sensibilisation de la population quant à l'incidence de ses choix sur la santé, la protection de la santé (innocuité des aliments et nutrition, réglementation des produits pharmaceutiques, des matériels médicaux, des produits de consommation et des produits de lutte antiparasitaire), ainsi que du financement de la recherche en santé et des activités d'information en santé.

La *Loi canadienne sur la santé* établit les principes et les critères des régimes d'assurance maladie que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir l'intégralité des transferts de fonds pour la santé. La Loi renferme cinq points des orientations selon lesquels les régimes d'assurance maladie doivent couvrir tous les résidents admissibles du Canada, assurer une protection complète, être accessibles sans obstacles financiers ou d'autre nature, être fournis partout au pays et lors de voyages à l'étranger, ainsi qu'être gérés par des organismes publics.

Le gouvernement fédéral octroie des transferts de fonds et d'impôt aux provinces et aux territoires pour la santé par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé. Le gouvernement fédéral fait également des paiements de péréquation fiscale aux provinces les moins nantes et octroie du financement aux territoires pour les aider à prendre en charge les coûts des services publics, incluant les soins de santé.

Environ un million de personnes appartiennent à différents groupes – membres des Premières nations vivant dans les réserves, Inuits, militaires des Forces canadiennes et membres de la Gendarmerie royale en activité de service, ainsi que des membres des Forces armées canadiennes, des membres des services de réfugié – reçoivent des services de soins de santé primaires et des prestations supplémentaires pour soins médicaux directement du gouvernement fédéral.

Les services offerts directement aux Premières nations et aux Inuits incluent des services de soins primaires et de soins d'urgence dans les réserves éloignées et isolées où les provinces et les territoires n'offrent pas de programmes de santé communautaire dans les réserves et dans les communautés inuites, ainsi qu'un programme de services de santé non assurés (médicaments, services dentaires et services de santé auxiliaires) pour les membres des Premières nations et les Inuits, peu importe leur lieu de leur territoire.

## Voici les cinq principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* :

### Gestion publique :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif et être gérés et exploités par un organisme public qui rend des comptes au gouvernement provincial ou territorial.

### Intégralité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent assurer tous les services médicaux nécessaires offerts par les hôpitaux, les praticiens et les dentistes qui exercent en milieu hospitalier.

### Universalité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées selon des modalités uniformes.

### Accessibilité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicaux et mesures restrictives.

### Transférabilité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées lorsqu'elles déménagent dans une autre province ou dans un autre territoire au Canada et lorsqu'elles voyagent à l'étranger. Les provinces et les territoires limitent la protection offerte dans le cas de services dispensés à l'étranger. Ils peuvent exiger l'approbation préalable de services non urgents dispensés à l'extérieur de leur province ou de leur territoire.



provincial/territorial et local ou municipal; toutefois, comme il a été mentionné plus haut, ces services sont généralement fournis aux niveaux provincial/territorial et local.

Sans aucun doute la plus importante conclusion de la Commission [Royale de 1965] fut la suivante : la meilleure façon de réaliser les objectifs de la population canadienne

était de créer un régime universel administré par les autorités publiques, un régime englobant douze programmes

d'assurance-santé établis dans les dix provinces et les deux territoires et subventionnés par

des revenus généraux du gouvernement fédéral; ce régime est préférable à celui qui serait basé sur l'évaluation des ressources personnelles et sur l'octroi individuel de subsides

à plusieurs millions de Canadiens et aux chefs de famille afin de leur permettre de souscrire à des régimes privés ou de payer des primes

d'assurances commerciales.

Canada. Examen. Le programme de santé, 1980, p. 6

Il incombe au gouvernement fédéral de dispenser, directement ou indirectement, des services à certains groupes de personnes.

Le régime de santé public est financé à partir de recettes générales provenant des impôts prélevés par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux.

comme l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, les taxes de vente, les retenues à la source et d'autres recettes. Trois provinces, la Colombie Britannique, l'Alberta et l'Ontario, perçoivent des primes d'assurance maladie, mais leur non paiement ne limite pas l'accès à des services

essentiellement nécessaires.

Le financement des soins de santé par l'État offre un avantage concurrentiel important aux entreprises canadiennes. Le financement permet de répartir les coûts des services de santé de façon équitable dans l'ensemble du pays. De plus, le financement de l'assurance maladie par l'entremise du régime fiscal est efficient, car il n'exige pas la mise sur pied d'un mécanisme de

perception à l'impôt.

La santé ne se limite pas au système de soins de santé. La santé publique, notamment l'hygiène, les maladies infectieuses et les activités de sensibilisation connexes, est une responsabilité partagée entre les trois ordres de gouvernement – fédéral,

composition de ces équipes varie selon les besoins de la collectivité qu'elles desservent et les priorités des provinces et des territoires. L'approche par équipe, combinée à la mise sur pied de centres d'appel médicaux (télésanté), réduit le recours aux services des urgences, en offrant des conseils et un accès aux services de soins primaires après les heures régulières.

La plupart des provinces et des territoires ont tenté de réduire les coûts et d'améliorer la prestation des services en décentralisant la prise de décisions relatives à la prestation de soins de santé vers l'échelon du conseil régional ou local. Les conseils régionaux sont gérés par des membres élus ou nommés qui assurent une surveillance des hôpitaux et des centres d'accueil ainsi que de la prestation de soins à domicile et des services de santé publique dans leur région.

## LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

La structure du système de soins de santé canadien est largement tributaire de la Constitution canadienne, qui prévoit un partage des rôles et des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales. Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont le plus de responsabilités au chapitre de la prestation des services de santé et d'autres services sociaux.

Autres services (services complémentaires)

Les provinces et les territoires  
personnes (p. ex., les aînés, les  
enfants et les bénéficiaires de l'aide  
sociale) pour les services de santé  
généralement non couverts par le  
système de santé public. Ces

prestations de soins supplémén-  
taires incluent la plupart du temps  
des médicaments d'ordonnance,  
des soins dentaires, des soins de la  
vue, des matériels médicaux et

roulants, etc.), des services d'aide à  
l'autonomie et les services d'autres  
professionnels de la santé, comme  
les podiatres et les chiropraticiens.  
Le niveau de protection varie à

travers le pays.

Les personnes qui ne sont pas  
admissibles aux prestations supplé-  
mentaires dans le cadre des  
ces services directement de leur  
poche ou grâce à des régimes  
d'assurance maladie privés. De  
nombreux Canadiens bénéficient  
d'une assurance privée supplémén-  
taire contractée par l'intermédiaire  
de leur employeur ou achetée  
directement, dont le niveau  
de protection varie selon le  
régime choisi.

Tendances et évolution des  
soins de santé

Le système de soins de santé  
canadien a été soumis à des  
tensions ces dernières années

à cause d'un certain nombre de  
facteurs, comme de nouvelles  
manières de dispenser les services,  
des contraintes financières,  
le vieillissement de la génération  
des baby boomers et les coûts  
élevés de la technologie moderne.  
Ces facteurs continueront à agir au  
cours des années à venir.

Depuis la création du système de  
soins de santé public au Canada,  
les services de soins de santé et la  
manière dont ils sont dispensés a  
changé, passant du recours aux  
hôpitaux et aux médecins, à  
des services offerts dans des  
cliniques, des centres de soins  
de santé primaires, des centres de  
santé communautaire et à domicile,  
à de l'équipement médical et des  
médicaments sur ordonnance,  
ainsi que des interventions en

Le nombre d'hôpitaux et de lits de  
soins de courte durée a diminué  
entre 1995 et 2000. Des avancées  
médicales ont permis de faire plus  
d'interventions en clinique externe  
et de chirurgies d'un jour. Sur cette  
même période, le nombre de nuits  
passées dans des hôpitaux de soins  
de courte durée par les Canadiens a  
diminué de 10%. Les soins offerts  
en phase post aiguë ou les services  
paramédicaux offerts à domicile et  
dans la collectivité ont connu une  
augmentation à la suite de réformes  
comme la fusion d'hôpitaux, la  
réduction du temps d'hospitalisa-  
tion, l'augmentation du nombre de  
chirurgies d'un jour, etc.

Quand nous avons commencé à  
discuter d'assurance-santé il y a  
de cela 40 ans, les soins de santé  
« médicalement nécessaires »  
se résumaient en deux mots :  
les hôpitaux et les médecins.  
De nos jours, les services  
fournis par les hôpitaux et les  
médecins représentent moins  
de la moitié du total des coûts  
imputés au système ...  
Bref, la pratique des soins de  
santé a beaucoup évolué ...

Canada. Commission sur l'avenir,  
Préparer l'avenir, 2002, p. 2

D'autres réformes se sont concen-  
trées sur la prestation de soins de  
santé primaires, notamment  
l'établissement d'un plus grand  
nombre de centres de soins de  
santé primaires communautaires  
qui offrent des soins en tout temps,  
la création d'équipes de dispensa-  
teurs de soins de santé primaires,  
des mesures axées davantage sur la  
promotion de la santé, la prévention  
des maladies et des blessures et la  
prise en charge des maladies  
chroniques, la coordination et  
l'intégration accrues de services de  
santé globaux et l'amélioration des  
milieux de travail des dispensateurs  
de soins de santé primaires.  
Les équipes coordonnées de  
dispensateurs de soins de santé  
primaires incluent des médecins de  
famille, infirmières, infirmières prati-  
ciennes et autres professionnels de  
la santé. Ces équipes offrent une  
vaste gamme de services. La

communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Les hôpitaux sont financés grâce à des budgets annuels globaux négociés avec les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé, les règles ou les conseils régionaux de santé. Subsidiairement, les services de soins de santé peuvent être dispensés à domicile ou dans la collectivité (généralement des soins de courte durée) et dans des établissements (principalement des soins de longue durée ou des soins à des malades chroniques). La plus grande partie de ces services ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, cependant, toutes les provinces et tous les territoires fournissent et financent certains soins à domicile. La réglementation de ces programmes varie, tout comme la gamme des services. L'aiguillage peut être fait par les médecins, les hôpitaux, les organismes communautaires, les familles et les résidents potentiels. L'évaluation des besoins et la coordination des services sont effectuées afin d'assurer la continuité et l'intégralité des soins. Ces derniers sont fournis par différentes personnes soignées, professionnels, aidants naturels (souvent des membres de la famille) et des bénévoles.

Des soins de courte durée, généralement des soins infirmiers à spécialisés, des services d'aide à domicile et des soins de jour pour adultes, sont dispensés à des

personnes frappées d'incapacité totale ou partielle. Dans la majorité des cas, les services de soins de santé dispensés dans des établissements de soins de longue durée sont financés par les gouvernements des provinces et des territoires, tandis que la chambre et la pension sont payées par les patients; dans certains cas, ces paiements sont subventionnés par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le ministère fédéral des Anciens Combattants fournit des services de soins à domicile à certains anciens combattants lorsque ces services ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de leur province ou territoire. En outre, le gouvernement fédéral fournit des services de soins à domicile aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux indigènes dans certaines communautés.

Les soins palliatifs sont fournis dans différents milieux comme les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée, les hospices, ou dans la collectivité et à domicile. Les soins palliatifs de fin de vie comprennent le soutien médical et affectif, le soulagement de la douleur et des symptômes, l'aide concernant des programmes et des services communautaires, ainsi que la prestation de conseils aux personnes en deuil.

La plupart des médecins exercent dans des cabinets indépendants ou collectifs et ne sont pas des employés du secteur public. Certains travaillent dans des centres de santé communautaire, dans des cabinets collectifs en milieu hospitalier, au sein d'équipes de soins de santé primaires ou en affiliation avec le service de consultation externe d'un hôpital.

Le personnel infirmier travaille surtout dans des établissements de soins de courte durée (hôpitaux) mais il dispense aussi des soins de santé communautaire, notamment des soins à domicile et des services de santé publique.

La plupart des dentistes ont une pratique privée, leurs services ne sont généralement pas couverts par le système de santé public, sauf dans le cas des chirurgies dentaires nécessitant une hospitalisation.

Au nombre des autres professionnels de la santé, il convient de mentionner : les optométristes, les techniciens médicaux et les techniciens de laboratoire, les thérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les psychologues, les pharmaciens, les inspecteurs en santé publique, etc.





## Ressources humaines en santé

Au Canada, les services de santé et les services sociaux sont dispensés par environ 1,6 million de personnes, notamment des professionnels de la santé de différentes disciplines, en plus d'infirmières et de médecins. Le secteur de la santé est le troisième employeur au pays, après l'industrie manufacturière et le commerce de détail\*.

Les professionnels de la santé sont réglementés par leur collège professionnel ou d'autres organismes d'accréditation, ou non réglementés, syndiqués ou non, employés, travailleurs autonomes ou bénévoles.

\* Cette donnée statistique fournie par l'industrie s'applique à tous les employés du secteur de la santé, y compris le personnel de soutien – personnel de bureau et personnel d'entretien – et non uniquement aux professionnels de la santé. Les données utilisées sont issues de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail, de Statistique Canada, qui n'inclut pas les travailleurs autonomes du secteur de la santé (ceux qui possèdent et exploitent leur propre pratique).

Il est possible de définir le secteur de la santé de plusieurs façons en se fondant sur l'American Industrial Classification System, mais quelle que soit la définition qu'on lui donne, il demeure le troisième employeur au Canada, derrière l'industrie manufacturière et le commerce de détail. Les données issues de l'Enquête sur la population active, de Statistique Canada, qui inclut les travailleurs autonomes, confirment ces chiffres.

palliatifs et de fin de vie, la promotion de la santé, le développement en santé des enfants, les soins de maternité primaires, et les services de réadaptation.

En général, les médecins de pratique privée sont rémunérés à l'acte, selon des barèmes négociés entre chaque gouvernement provincial et territorial et les associations médicales dans leurs juridictions respectives. Ceux qui pratiquent dans d'autres milieux, comme les cliniques, les centres de santé communautaire et la médecine de groupe, sont plutôt rémunérés selon un autre mode de paiement comme le salaire ou la rémunération mixte (p. ex. : paiement à l'acte plus incitatif). Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé reçoivent généralement un salaire qui a été négocié entre leurs syndicats et leurs employeurs.

Au besoin, les patients sont aiguillés vers des services spécialisés (médecin spécialiste, services paramédicaux, admissions aux hôpitaux, tests diagnostiques, traitements par médicaments d'ordonnance, etc.)

## Et ensuite (services secondaires)

Il est possible qu'un patient soit aiguillé vers un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou dans la collectivité pour des soins spécialisés. Au Canada, la majorité des hôpitaux sont dirigés par des conseils d'administration

## En premier lieu (services de santé primaires)

Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé, ils contactent généralement un professionnel des soins de santé primaires – médecin – pour une première consultation professionnelle de la santé. Les services offerts au point d'entrée du système de santé sont définis comme des services de soins de santé primaires et constituent les assises du système de soins de santé.

En général, les soins de santé communautaires ont une double fonction : d'abord, ils permettent de fournir directement les services de santé communautaires. Ensuite, ils permettent de coordonner les services de soins de santé fournis aux patients pour assurer la continuité des soins et faciliter le cheminement au sein du système lorsque des soins plus spécialisés sont nécessaires (p. ex., de la part des spécialistes ou dans

Les services de soins de santé primaires comprennent souvent la prévention et le traitement de blessures et de maladies communes, les services d'urgence de base, ainsi que l'aiguillage vers et la coordination avec d'autres niveaux de soins comme les hôpitaux et les soins d'un spécialiste, les soins primaires en santé mentale, les soins



## LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

Le système public de soins de santé du Canada se définit comme un ensemble coordonné de dix régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux financés par les deniers publics. Mieux connu des Canadiens sous le nom d'assurance-maladie, c'est un système universel qui couvre tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. Ces services sont gérés et dispensés par les gouvernements provinciaux et territoriaux (c'est-à-d., l'état ou la région) et sont fournis gratuitement. Les gouvernements des provinces et des territoires financent les services de santé avec l'aide du gouvernement fédéral (c.-à-d., national).

Pour obtenir tous les fonds fédéraux qui leur reviennent pour les soins de santé, les régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires doivent remplir cinq critères – l'intégralité, l'universalité, la transférabilité, l'accessibilité et la gestion publique – qui sont énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* du gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral, en plus d'établir et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et de fournir des fonds, offre des services de soins de santé directement à certains groupes (p. ex.: les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits, les militaires des Forces canadiennes et les membres de la Gendarmerie royale du Canada en

activité de service, ainsi que les anciens combattants admissibles). De nombreux autres organismes et groupes, notamment les associations de professionnels de la santé, les organismes d'accréditation, l'éducation et de recherche, ainsi que les organismes bénévoles, contribuent aux soins de santé au Canada.

L'le gouvernement fédéral, les administrations provinciales et territoriales et les organisations autochtones se partagent la responsabilité de fournir des services de santé aux Autochtones (Premières nations et Inuits). La santé publique est également une responsabilité partagée. L'Agence de santé publique du Canada agit en tant que centre de liaison en matière de prévention et de contrôle des maladies, et d'intervention d'urgence en cas d'écllosion de maladies infectieuses. Cependant, les services de santé publique sont habituellement dispensés aux échelons provinciaux/territoriaux et locaux.



Demandez à un Canadien de nommer une caractéristique particulière au Canada, et malgré la vaste diversité régionale du pays, il mentionnera invariablement son régime de santé public universel. L'assurance maladie est souvent définie comme une valeur fondamentale de notre société. (Klart, Understanding, 2000, p. 2)



## INTRODUCTION

Le système public de soins de santé du Canada est en constante évolution. Des réformes y ont été apportées au cours des quatre dernières décennies et continueront de l'être afin de tenir compte des progrès de la médecine et des nouveaux besoins de la société. Les bases de ce système demeurent toutefois les mêmes – la couverture universelle pour les services de santé médicalement nécessaires, dispensés selon les besoins plutôt que la capacité de payer.



# Table des matières

LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ .....	1
En premier lieu (services de santé primaires) .....	.2
Et ensuite (services secondaires) .....	.2
Autres services (services complémentaires) .....	.4
Tendances et évolution des soins de santé .....	.4
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT .....	5
Le gouvernement fédéral .....	.6
Les gouvernements provinciaux et territoriaux .....	.7
LES DÉPENSES DE SANTÉ .....	8
L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS .....	.8
CONTEXTE .....	.10
Le cadre politique, économique et social .....	.10
L'évolution de notre système de soins de santé .....	.10
CE QUE L'ON DIT DE NOTRE SYSTÈME .....	.12
CHRONOLOGIE .....	1
BIBLIOGRAPHIE .....	VII
RESSOURCES EN LIGNE .....	IX





Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Also available in English under the title:  
*Canada's Health Care System*

La présente publication est également disponible  
sur demande sur disquette, en gros caractères,  
sur bande sonore ou en braille.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005  
SC Pub. : 5912  
Cat. : H21-261/2005  
ISBN : 0-662-69446-5



# LE SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ DU CANADA

